

Página: 1 de 1 07:41:48 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	 POLICÍA NACIONAL
--	---	--

Radicado GECOP No. _____

CAPITAN
 JEBRAIL MURILLO ZULETA
 Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No. _____

No. SISCO: _____ N/A	No. REGISTRO QUIPU: _____
No. CONTRATO: _____ 96-7-20821-25	FECHA DE RECIBIDO : _____
VALOR PAGO: _____ 826.222,33	NUMERO DE RADICADO SIIF: _____
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : _____ N/A	CONTRATISTA: _____ DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ
ftr _____ 14	NIT DEL CONTRATISTA: _____ 1.057.581.575

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
 SI _____ NO ☒
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO
 SI _____ NO ☒
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO
 SI _____ NO ☒

ENDOSADA A: **N/A** CUENTA BANCARIA: N° 457870000165

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) _____
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) ok
6. FACTURA ORIGINAL: ok
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: _____ **14/08/2026** ok
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: _____ **N/A**
- 8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN : _____ **N/A**
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP ok
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP ok
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. N/A
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL).
 PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ok

OBSERVACIONES : _____
 LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI ☒ NO ☐

Analista Central de cuentas HOCEN

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

SI _____ NO _____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

CUENTA DE COBRO N° 4

Bogotá, SEPTIEMBRE DEL 2026

**LA DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL DE LA
POLICÍA NACIONAL
NIT: 830067597-4**

DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ, identificado con Cédula de Ciudadanía N° **1.057.581.575** expedida en Bogotá, la suma de \$826.222.33 por concepto de las actividades desempeñadas del 1-10 DE AGOSTO DE 2026, de acuerdo con el objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios N° **96-7-20821-25** suscrito con la Dirección de Sanidad Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como Auxiliar de enfermería Laboratorio Clínico.

Favor consignar en la cuenta de Ahorros No. 24097328001 del **BANCO CAJA SOCIAL** de acuerdo con el contrato estipulado.

Atentamente,


DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ
C.C. 1.057.581.575 DE BOGOTA
TELÉFONO: 3214948183

Bogotá, SEPTIEMBRE DEL 2026

Señores:
Hospital Central Policía Nacional
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores:

Yo, **DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ**, en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1.057.581.575 expedida en Bogotá, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1° del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad del juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 0.522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2.436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato N° 96-7-20821-25 con la Dirección de Sanidad Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA N° 93822164
HONORARIOS MENSUALES	\$ 2.478.667.00	\$ 2.478.667,00
BASE COTIZACIÓN 40%	\$1.750.905.00	\$1.750.905.00
APORTE SALUD 12.5%	\$218.900.00	\$ 218.900
APORTE PENSIÓN 16%	\$280.200.00	\$280.200
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2.436%	\$42.700	\$42.700
ADMINISTRATIVOS 0.522%		


DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ
C.C. 1.057.581.575 DE BOGOTA
TELÉFONO: 3214948183

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		95822164	14/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$1,750,905	\$576,900	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sarilla EPS	80025140-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

Código APP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Ponvenir	800224609-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SUISA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860069342-7	35.100	0	0	35.100	1

TOTAL EST. FROM SOCIALS				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

Tipo Administradora		No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud		1	218.900	218.900
Pensión		1	280.200	280.200
Riesgos Laborales		1	42.700	42.700
CGF		1	35.100	35.100
ESAP		0	0	0
ICBF		0	0	0
MIEN		0	0	0
SENA		0	0	0
TOTALES		4	576.900	576.900